

La Revue
des Droits
de l'Homme

La Revue des droits de l'homme

Revue du Centre de recherches et d'études sur les
droits fondamentaux

Actualités Droits-Libertés | 2014

La protection du droit au refus de l'acharnement thérapeutique par le juge des référés dans le cadre de l'affaire « Vincent Lambert »

Fin de vie (Art. L. 1110-5 CSP et Art. 2 CEDH)

Hélène Hurpy



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/revdh/868>

DOI : 10.4000/revdh.868

ISSN : 2264-119X

Éditeur

Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux

Référence électronique

Hélène Hurpy, « La protection du droit au refus de l'acharnement thérapeutique par le juge des référés dans le cadre de l'affaire « Vincent Lambert » », *La Revue des droits de l'homme* [En ligne], Actualités Droits-Libertés, mis en ligne le 05 septembre 2014, consulté le 30 avril 2019. URL : <http://journals.openedition.org/revdh/868> ; DOI : 10.4000/revdh.868

Ce document a été généré automatiquement le 30 avril 2019.

Tous droits réservés

La protection du droit au refus de l'acharnement thérapeutique par le juge des référés dans le cadre de l'affaire « Vincent Lambert »

Fin de vie (Art. L. 1110-5 CSP et Art. 2 CEDH)

Hélène Hurpy

- 1 « Une pratique médicale qui ne serait attachée qu'au principe impersonnel et dépersonnalisant de la technique, comme à l'utopie d'une vie sans fin, n'entrerait-elle pas alors en conflit avec ces autres valeurs fondamentales de l'existence humaine que sont (...) l'autonomie et la dignité ? », questionnait déjà le Comité consultatif national d'éthique en janvier 2000¹. Cinq années plus tard, la loi Léonetti² marque une étape essentielle pour garantir le respect de l'autonomie et de la dignité du patient, en consacrant notamment un véritable droit au refus de l'acharnement thérapeutique³. Celui-ci s'entend comme le « droit pour le malade de « refuser tout traitement », quelles qu'en soient les conséquences sur son état de santé »⁴. Ainsi, des actes médicaux ne peuvent être poursuivis avec une « obstination déraisonnable » et le médecin doit s'attacher à « sauvegarde[r] la dignité du mourant et assure[r] la qualité de sa vie » en vertu de l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique.
- 2 L'affaire « Vincent Lambert », fortement médiatisée, a ravivé le débat juridique sur ce droit à la qualité de vie, lui-même consacré par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme⁵. Or, la protection plus spécifique du droit au refus de l'acharnement thérapeutique constitue la pierre angulaire de la décision rendue le 24 juin 2014 par l'Assemblée du contentieux du Conseil d'État, dont la conventionnalité est actuellement contestée devant la Cour de Strasbourg.
- 3 Ainsi, victime d'un accident de la route, et en état « pauci-relationnel » depuis plusieurs années, M. Vincent Lambert, trente-huit ans, n'est pas en fin de vie, il est dans l'incapacité de réclamer un droit à mourir dans la dignité. Pris en charge par le Centre hospitalier régional universitaire de Reims (ci-après CHU), il est alimenté et hydraté par voie de sonde gastrique. Le 10 avril 2013, le Dr Kariger – responsable du service de

médecine palliative et soins de support du CHU de Reims – décide d'interrompre son alimentation artificielle et de limiter son hydratation. Cette décision est alors contestée en référé par les parents de M. Vincent Lambert, sa sœur et son demi-frère parce qu'ils n'ont pas été consultés et qu'ils s'y opposent fermement. Sans trancher la question de savoir si l'alimentation et l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert constituent bien un traitement médical susceptible d'être interrompu en cas d'obstination déraisonnable⁶, l'ordonnance du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne⁷ fait droit à la demande des requérants. Elle invite ainsi le CHU de Reims à reprendre l'alimentation et l'hydratation de M. Vincent Lambert en raison des « *manquements procéduraux* » soulignés lors de la prise de décision médicale qui constituent une « *atteinte grave et manifestement illégale à une liberté fondamentale* » au sens de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative. Le 11 janvier 2014, le Dr Kariger annonce cependant l'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert à compter du 13 janvier.

- 4 Entre-temps, les mêmes requérants font à nouveau une demande en référé-liberté. La formation plénière du tribunal de Châlons-en-Champagne suspend cette fois-ci l'exécution de la décision médicale en statuant sur le fond. L'ordonnance du 16 janvier 2014⁸ indique notamment que « *dès lors que le centre hospitalier universitaire de Reims ne fait valoir aucune contrainte ou souffrance qui serait engendrée par le traitement, celui-ci ne peut être qualifié d'inutile ou de disproportionné, de sorte qu'il n'est pas constitutif d'une obstination déraisonnable (...)* » (consid. 12). Or, Mme Rachel Lambert, épouse de M. Vincent Lambert, le CHU de Reims et le neveu de M. Vincent Lambert ont alors interjeté appel et, de manière inédite, le président de la section du contentieux du Conseil d'État a décidé de porter l'affaire devant l'assemblée de la juridiction suprême. L'ordonnance rendue le 14 février 2014⁹ a, d'une part, confié une expertise à trois médecins spécialistes des neurosciences pour obtenir davantage d'informations sur l'état de santé de M. Vincent Lambert et, d'autre part, sollicité diverses autorités médicale, éthique et politique pour préciser les notions d'« *obstination déraisonnable* » et de « *maintien artificiel de la vie* » au sens de l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique.
- 5 La décision du 24 juin 2014¹⁰ intervient dès lors dans ce contexte juridictionnel que certains n'hésitent pas à qualifier d'« *acharnement juridique* »¹¹. Elle était particulièrement attendue pour répondre, sur le fond, à ce litige dont la principale question était celle de savoir si M. Vincent Lambert subissait un acharnement thérapeutique, par le maintien de son alimentation et de son hydratation artificielles. Au regard de l'expertise et des différents avis demandés, l'assemblée du contentieux du Conseil d'État a répondu positivement à cette question, aussi fondamentale qu'inédite, et a jugé légale la décision médicale du Dr Kariger de mettre fin à l'alimentation et à l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert. Si l'extension prudente de l'office du juge des référés, pour contrôler la décision médicale litigieuse, est ici à souligner (1°), le fondement retenu tenant à la volonté exprimée par M. Lambert avant son accident, de refuser d'être maintenu artificiellement en vie, s'il se trouvait en état de grande dépendance, est tout particulièrement à saluer (2°).

1°/- L'extension prudente de l'office du juge des référés dans le contrôle d'une décision mettant en cause la vie d'un administré

6

- 7 Dans le cadre de l'affaire « Vincent Lambert » et pour la première fois, l'autorité juridictionnelle a été appelée à se prononcer en amont d'une décision médicale mettant en cause la vie d'un administré. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'exonérer la responsabilité d'un médecin qui a risqué la vie de son patient, mais bien d'apprécier et, partant, de légitimer juridiquement sa décision irréversible. Ce changement de paradigme intervient, qui plus est, dans le cadre d'une procédure d'urgence, qui implique de suivre un régime juridique particulier. Dès lors, appartenait-il véritablement au juge administratif des référés de contrôler une décision médicale portant une atteinte irréversible à la vie ? Selon Paul Cassia, *« le référé-liberté n'est de toute évidence, pas la voie de droit appropriée à la contestation de la décision administrative de mettre fin à un traitement médical »*¹². Au contraire, Aurélie Bretonneau et Jean Lessi soulignent que si le juge des référés ne peut, en effet, *« s'affranchir des conditions légales et règles jurisprudentielles mises à son intervention (...) [il peut toutefois] les manier avec toute la souplesse requise par les circonstances propres de chaque espèce, proportionnellement à celles-ci »*¹³. En ce sens, la singularité et l'importance du litige soumis justifient pleinement, d'une part, **l'extension de l'office du juge des référés** conformément à la finalité de sa mission d'assurer, par tout moyen, la sauvegarde d'une liberté fondamentale (A) et, d'autre part, **la méticulosité et la solennité requises** pour y répondre (B).

A – L'ajustement nécessaire de l'office du juge des référés

- 8 En vertu de l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative : *« saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale (...) »*. L'ordonnance rendue le 14 février dans le cadre de l'affaire « Vincent Lambert » a ainsi montré que *« le juge du référé-liberté, il est vrai dans une situation exceptionnelle, peut utiliser tous les pouvoirs conférés au juge administratif par le code et par la jurisprudence »*¹⁴. Plus précisément, le juge des référés a, en effet, considéré dans le cadre de cette ordonnance qu'il peut *« suspen[dre] à titre conservatoire l'exécution de la mesure et avant de statuer sur la requête dont il est saisi, prescrire une expertise médicale et solliciter (...) l'avis de toute personne dont la compétence ou les connaissances sont de nature à éclairer utilement la juridiction »* (consid. 5).
- 9 Cette démarche a été vivement critiquée par Paul Cassia qui s'est interrogé en ces termes : *« [f]allait-il (...) saborder l'unité et l'intelligibilité du régime du référé-liberté, en procédant à un contrôle au fond, en statuant sur des questions juridiques complexes et inédites, en annihilant la condition législative d'illégalité manifeste par la possibilité d'ordonner une expertise et de demander des éclairages, en atomisant le délai de 48 heures ? »*¹⁵. Or, - en dehors du fait que les requérants n'ont pas saisi le juge de l'excès de pouvoir mais bien le juge des référés... - c'est précisément pour respecter la finalité de sa mission de sauvegarde d'une liberté fondamentale fixée par l'article L. 521-2 du Code précité, que le juge des référés a ajusté l'étendue de son office dans le cadre de l'affaire « Vincent Lambert », suivant ainsi les

conclusions de Rémi Keller¹⁶. En ce sens, la décision du 24 juin 2014 confirme l'extension certaine du contrôle exercé par le juge des référés (1), mais limitée au cas particulier de l'espèce (2).

10

1 – L'extension certaine du contrôle opéré

- 11 De manière « *éminemment opportune* »¹⁷, la gravité du litige mettant en cause le droit à la vie de M. Vincent Lambert et le caractère irréversible de la décision litigieuse ont conduit le juge des référés à ajuster la nature et les modalités de son contrôle.
- 12 En se fondant sur l'article L. 521-2 du Code de la justice administrative, le juge des référés souligne, en effet, qu'« *il lui appartient (...) d'examiner un moyen tiré de l'incompatibilité des dispositions législatives dont il a été fait application avec les stipulations de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* » (consid. 12). **Le contrôle effectué ne sera donc pas seulement un contrôle de légalité, mais aussi de conventionalité.** Ainsi, si le juge des référés ne peut s'opposer à l'exécution d'une décision « *en cas de méconnaissance manifeste des exigences qui découlent du droit de l'Union* »¹⁸, il doit désormais protéger également le droit à la vie tel qu'énoncé par la Convention européenne des droits de l'Homme. La raison est clairement exprimée par Rémi Keller dans ses conclusions : « *si une décision susceptible de porter atteinte au droit à la vie méconnaissait manifestement les exigences de la Convention [européenne des droits de l'Homme], il nous paraîtrait impossible que le juge des référés n'en tienne pas compte* »¹⁹.
- 13 En outre, **la protection du droit à la vie explique aussi que le contrôle de la décision d'arrêt de traitement soit entier**, c'est-à-dire qu'un contrôle de l'illégalité « manifeste » ne saurait suffire comme l'exige pourtant l'article L. 521-2 susvisé. C'est pourquoi, le juge des référés vérifie en l'espèce, par exemple, « *les irrégularités de procédure [qui] ne sont en principe pas invocables devant le juge du référé-liberté qui ne s'attache qu'aux illégalités qui affectent directement l'exercice de la liberté en cause* »²⁰. C'est ce qui explique encore que la décision du 24 juin 2014 se conclut sur l'absence d'illégalité de la décision médicale contestée, sans que l'adverbe « manifestement » ne soit utilisé (consid. 32), comme le relèvent Aurélie Bretonneau et Jean Lessi²¹.
- 14 Toutefois, l'argument tenant à « *l'effectivité du droit à la vie tel que protégé par la Convention* »²² pourrait aussi valablement être utilisé dans des référés-libertés ultérieurs pour approfondir le contrôle du juge des référés à l'égard d'autres droits garantis au sein du texte du 4 novembre 1950, confortant ainsi l'analyse de Serge Deygas : « *Voilà qui, même dans des affaires d'une gravité moindre pourra inspirer les plaideurs pour suggérer aux juges administratifs une utilisation étendue de leurs pouvoirs dans le cadre du dispositif de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative* »²³.
- 15 Pour l'heure, et malgré l'extension certaine de son contrôle, le juge des référés a tenu à le limiter au cas singulier de l'espèce.

16

2 – L'extension limitée du contrôle effectué

- 17 Si le recours en référé-liberté impose, en effet, au juge administratif des référés d'élargir son contrôle pour répondre à sa mission de sauvegarde d'une liberté fondamentale - qui plus est, en l'espèce, d'un droit aussi important qu'est le droit à la vie -, la particularité de

ce recours le délimite tout autant. Ainsi, **le contrôle effectué dans la décision du 24 juin 2014 ne peut s'appliquer à toutes les décisions médicales qui auraient pour conséquence la mort d'une personne.**

- 18 Rémi Keller, dans ses conclusions, mettait déjà en exergue cette restriction : *« Chacune de ces décisions est unique, car chaque patient est unique, chacun entretient une relation particulière avec sa famille et avec ceux qui le soignent, les choix thérapeutiques sont multiples à chaque étape, depuis la réanimation jusqu'aux soins palliatifs, et l'arrêt de traitement ne peut être décidé qu'après une réflexion conduite avec d'autres médecins, avec l'équipe soignante et avec la famille »*, de sorte que la décision rendue *« n'aura bien entendu aucun caractère général : ce sera une décision d'espèce, étroitement liée à la singularité de la situation de M. Vincent Lambert »*²⁴.
- 19 Le communiqué de presse explicitant la décision du 24 juin 2014 est lui aussi extrêmement clair à cet égard : *« Cette décision concerne exclusivement la situation de M. Vincent Lambert (...). Chaque cas particulier doit faire l'objet, sur la base des éléments médicaux et non médicaux le concernant, d'une appréciation individuelle en fonction de la singularité de la situation du patient »*²⁵.
- 20 C'est pourquoi, il est aussi possible de lire dans le texte de la décision que *« (...) si l'alimentation et l'hydratation artificielles sont au nombre des traitements susceptibles d'être arrêtés lorsque leur poursuite traduirait une obstination déraisonnable, la seule circonstance qu'une personne soit dans un état irréversible d'inconscience (...) ne saurait caractériser, par elle-même, une situation dans laquelle la poursuite de ce traitement apparaîtrait injustifiée au nom du refus de l'obstination déraisonnable »* (consid. 16). Le juge des référés note encore que *« le médecin en charge doit se fonder sur un ensemble d'éléments, médicaux et non médicaux, dont le poids respectif ne peut être prédéterminé et dépend des circonstances particulières à chaque patient »* (consid. 17).
- 21 Si l'extension des pouvoirs de contrôle du juge administratif des référés est dès lors pleinement circonscrite et dénote ainsi une grande prudence, cette dernière est également perceptible dans l'argumentation retenue sur le fond de l'affaire.

B – L'argumentation prudente du juge des référés

- 22 Comme le relève Mathieu Touzeil-Divina, à la lecture de la décision du 24 juin 2014, *« la première chose qui frappe le lecteur est le degré de précisions, de gravité et la haute solennité qui l'entourent : quinze pages de textes, des considérations millimétrées et une décision rendue par l'Assemblée du Conseil d'État alors qu'il ne s'agissait originellement « que » d'un appel en référé-liberté »*²⁶. Ainsi, malgré l'extension subjective des pouvoirs du juge des référés pour répondre à sa mission²⁷, le contrôle qu'il effectue, se fonde notamment sur des considérations objectives issues des expertises demandées à la suite de la décision du 14 février, en vertu de l'article R. 625-3 du Code de justice administrative. Les résultats unanimes de ces expertises constituent, dès lors, un gage certain de prudence car, comme le précisent Aurélie Bretonneau et Jean Lessi, qu'*« un juge intervienne (...) pour porter une appréciation non seulement sur le volet procédural, mais aussi sur le bien-fondé même de la décision du médecin, et qu'il puisse, le cas échéant, tenir en échec sa mise en œuvre n'a rien d'anodin »*²⁸ (1). En outre, le contrôle entier mené se révèle être particulièrement didactique et précis révélant là encore l'attention toute particulière des juges à n'être que les *« gardiens de la loi »*²⁹ (2)

1 – Une argumentation fondée sur des considérations objectives

- 23 Rendu par la plus solennelle des formations du Conseil d'État, l'arrêt du 24 juin 2014 se singularise, en effet, en se fondant d'une part, sur une expertise ordonnée à un collège de trois médecins spécialistes en neurosciences, chargé d'établir le caractère irréversible ou non des lésions cérébrales de M. Vincent Lambert et, d'autre part, sur des observations demandées à l'Académie nationale de médecine, au Comité consultatif national d'éthique, au Conseil national de l'Ordre des médecins et à Jean Léonetti qui devaient éclairer le juge des référés sur l'application des notions d'obstination déraisonnable et de maintien artificiel de la vie.
- 24 Ces expertises et observations³⁰ se sont d'abord révélées déterminantes, comme le souligne Jean-René Binet, « pour remettre de l'ordre dans l'application des dispositions légales »³¹. Ainsi, le fait que M. Vincent Lambert réagisse aux soins de toilette prodigués montrent « qu'il s'agit de réponses non conscientes » et que, contrairement à ce qui avait été apprécié en 2012 (consid. 20), il est notamment impossible « d'interpréter ces réactions comportementales comme (...) manifestant une intention ou un souhait concernant l'arrêt ou la poursuite du traitement » (consid. 28). Dès lors, comme l'explique Jean-René Binet, « [r]etenir une manifestation de volonté du patient et fonder sur celle-ci le déclenchement de la procédure collégiale entretenait donc une confusion que la présente décision vient dissiper »³². M. Vincent Lambert semble donc hors d'état d'exprimer sa volonté et seule cette situation justifie le déclenchement de la procédure collégiale pour déterminer l'arrêt des traitements subis. C'est aussi en se référant aux observations délivrées par les trois institutions évoquées et par M. Jean Léonetti, et non de son propre chef³³, que le juge des référés a affirmé que « les soins les plus appropriés (...) ne doivent (...) pas être poursuivis par une obstination déraisonnable (...) **que le patient soit ou non en fin de vie** » (consid. 10, souligné par nous). C'est pourquoi, le fait que M. Vincent Lambert ne soit pas en fin de vie n'oblitére en rien l'application de la loi du 22 avril 2005.
- 25 Ensuite, le raisonnement adopté pour contrôler la décision d'arrêt des traitements au regard de la loi Léonetti, est régulièrement éclairé par ces considérations objectives et se révèle alors particulièrement convaincant. Ainsi, en l'espèce, le juge des référés rappelle que la décision du Dr Kariger d'arrêt de l'alimentation et de l'hydratation artificielles de M. Vincent Lambert s'était fondée notamment sur « la nature irréversible des lésions cérébrales dont [M. Vincent Lambert] est atteint, l'absence de progrès depuis l'accident et la consolidation du pronostic fonctionnel » (consid. 22). Or, cette analyse a été confirmée par les experts qui, au regard de plusieurs éléments et tests médicaux, ont notamment souligné et de façon unanime, le « mauvais pronostic clinique »³⁴ de M. Vincent Lambert.
- 26 Toutefois, l'importance donnée aux expertises demandées n'est pas sans soulever certaines critiques. Tout d'abord, comme le met en exergue Mathieu Touzeil-Divina, « le juge devrait dire si la décision médicale du 11 janvier 2014 était légale au 11 janvier 2014 (...) [ajoutant qu']il nous est plutôt dit ici qu'en égard à la dégradation de l'état de santé de l'intéressé, si un tel choix médical était fait aujourd'hui, il semblerait légal »³⁵. En d'autres termes, il apparaît que la décision médicale du 11 janvier 2014 n'est légale qu'en raison des expertises réalisées postérieurement et qui ont effectivement montré une dégradation de l'état de santé de M. Vincent Lambert³⁶. Ensuite, Denis Broussolle critique le fait que « si pour interpréter et appliquer certains des articles du Code de la santé publique, un juge doit mobiliser les trois instances les plus prestigieuses de la médecine française, c'est que ces articles ne sont pas applicables en l'état »³⁷.

- 27 Pourtant, la démarche du juge des référés apparaît renforcée par le renvoi à l'avis, qui plus est unanime, de ces instances prestigieuses. **La question du contrôle de la décision médicale qui a pour conséquence la mort d'un administré est suffisamment essentielle et inédite pour justifier cette « démarche (...) sans précédent »³⁸ du juge des référés.** En outre, si « la loi Léonetti (...) se heurte à un problème démocratique en son fond (...) [en ce que] la liberté qu'elle exclut de choisir de mourir, une large majorité des Français s'y déclare favorable »³⁹, force est de constater que la solution du juge des référés, éclairée par les expertises, s'inscrit pleinement dans la protection du droit du patient de ne pas subir un traitement qui serait le résultat d'une obstination déraisonnable et rejoint dès lors la vox populi... Cette solution se fonde également sur un raisonnement didactique et précis qui renforce encore la démarche attentive du juge des référés.

2 - Un raisonnement précis et didactique

- 28 Le juge administratif des référés a, en effet, **fait œuvre de pédagogie en structurant parfaitement son argumentation caractérisée par un important degré de précisions.**
- 29 D'abord, il rappelle l'ensemble des dispositions pertinentes de la loi Léonetti – y compris, au considérant n° 8, les articles L. 1111-6 et L. 1111-11 du Code de la santé publique alors même qu'en l'espèce M. Vincent Lambert n'a désigné ni personne de confiance, ni rédigé de directives anticipées (consid. 20) – pour contextualiser au mieux la décision du médecin de limiter ou d'arrêter un traitement qui traduirait une obstination déraisonnable. Ensuite, le contrôle inhabituel – vu précédemment – de la décision litigieuse réalisé eu égard à la Convention européenne des droits de l'homme ne révèle aucune incompatibilité. Enfin, le juge des référés vérifie de manière très approfondie l'applicabilité des dispositions au cas d'espèce, en s'appuyant sur des éléments médicaux susvisés et non médicaux.
- 30 Sur ce dernier point, le juge des référés contrôle plus précisément, d'une part, la régularité de la procédure conduite pour adopter la décision d'arrêt des traitements et, d'autre part, la légalité de cette décision au regard des conditions par la loi Léonetti.
- 31 L'examen in concreto de la procédure litigieuse (consid. 24) révèle notamment que le Dr Kariger est allé au-delà de ce qu'exige la loi : l'article R. 4127-37 du Code de la santé publique – qui décrit la procédure collégiale obligatoire à toute décision d'arrêt de traitements en cas d'obstination déraisonnable – ne fait référence qu'à « l'avis d'un médecin et, le cas échéant, d'un second » alors que le Dr Kariger a sollicité la consultation de six médecins (consid. 24).
- 32 L'examen au fond de la décision du Dr Kariger analyse si la poursuite de l'alimentation et de l'hydratation de M. Vincent Lambert a été ou non constitutive d'une obstination déraisonnable. Sachant que le juge des référés a déjà admis, le 14 février 2014, que l'alimentation et l'hydratation artificielles sont constitutives d'un « traitement » susceptible d'être arrêté en cas d'obstination déraisonnable (voir également consid. 16), il y a lieu de vérifier si les critères de cette obstination déraisonnable sont réunis en l'espèce.
- 33 Si trois critères sont exigés par la loi – l'article L. 1110-5 du Code de santé publique prévoit, en substance, trois critères que sont l'inutilité du traitement, son caractère disproportionné ou la circonstance qu'il n'aurait pas d'autre effet que le maintien artificiel de la vie –, seul celui du maintien artificiel de la vie pose de réelles difficultés et a notamment imposé au juge de l'urgence d'avoir recours aux expertises médicales

susvisées. Mais il a encore sollicité un autre élément décisif qui a contribué à asseoir la protection du droit au refus de subir un traitement : la volonté de M. Vincent Lambert lui-même. Par conséquent, l'arrêt adopté s'illustre par sa prudence en se fondant notamment sur des considérations objectives et une argumentation didactique et précise. Mais il conduit surtout à protéger l'effectivité du droit au refus de l'acharnement thérapeutique, en se référant de manière audacieuse à l'autonomie de M. Vincent Lambert.

*

2°/- La prise en compte audacieuse de l'autonomie du patient hors d'état d'exprimer sa volonté dans le refus de l'acharnement thérapeutique

- 34 Dans son arrêt du 24 juin 2014, le juge des référés souligne que « (...) le médecin doit accorder une importance toute particulière à la volonté que le patient peut avoir, le cas échéant, antérieurement exprimée, quels qu'en soient la forme et le sens » (consid. 17). En ce sens, il rejoint tout à fait les travaux du Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe qui relèvent que « [m]ême dans les situations où le patient ne peut pas participer à la décision [médicale le concernant], il reste un acteur du processus » ajoutant que, « [b]ien que n'étant pas en état d'exprimer sa volonté quant aux conditions de sa fin de vie au moment même de la prise de décision, le patient peut néanmoins être intégré au processus décisionnel par l'intermédiaire des souhaits qu'il aurait précédemment exprimés »⁴⁰. La solution du refus de l'acharnement thérapeutique, qui se fonde ainsi sur l'autonomie personnelle du patient hors d'état d'exprimer sa volonté, est toutefois particulièrement audacieuse car « le droit français de la fin de vie recèle un paradoxe surprenant : il exalte la volonté actuelle du malade conscient, mais réduit à de simples souhaits la volonté anticipée du malade devenu inconscient »⁴¹ (A). Pourtant, cette démarche, qui renforce a priori les droits du patient inconscient, paraît conduire à une responsabilisation très importante, voire problématique du médecin, dans le refus de l'acharnement thérapeutique (B).

A - Le fondement nécessaire de l'autonomie du patient hors d'état d'exprimer sa volonté

- 35 Comme le rappelle Rémi Keller, auparavant, « (...) la volonté de la personne devait s'incliner devant le devoir du médecin de sauver la vie de son patient. C'était avant la loi Léonetti. Aujourd'hui, (...) le principe a été inversé »⁴². En effet, la loi Léonetti a permis d'abord de reconnaître un droit au refus de l'acharnement thérapeutique (article L. 1110-5 du Code de la santé publique), et aussi d'affirmer le principe du respect de la volonté du patient (article L. 1111-4 du Code précité). En vertu de ces deux dispositions, la question de la limitation ou de l'arrêt d'un traitement d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté est envisageable, mais elle ne peut intervenir qu'après la mise en œuvre d'une procédure collégiale stricte définie par l'article R. 4127-37 du Code de la santé publique. Si le juge administratif des référés, par sa décision du 24 juin 2014, conforte **la protection du droit au refus de subir un traitement réalisé par obstination déraisonnable**, il fonde opportunément son argumentation sur **la protection de la volonté de M. Vincent**

Lambert pour en faire un acteur à part entière de la décision médicale d'arrêt des traitements le concernant, conformément à l'esprit de la loi Léonetti.

- 36 Comme l'explique Pascal Lokiec, « [d]eux modèles de décision sont concevables en matière médicale (...): d'un côté la décision du patient, de l'autre celle du médecin (...) [mais le] droit médical français, depuis quelques années, a clairement opté pour la première, ce dont rend compte l'article L. 1111-4 du code de la santé publique (...) [qui] est l'aboutissement d'une profonde évolution, qui a transféré du médecin vers le patient le pouvoir de décision en matière de soins »⁴³. En effet, l'article L.1111-4 du code de la santé publique dispose notamment que, « lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale (...) et sans que la personne de confiance (...) ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultées ». C'est bien la recherche du respect de la volonté exprimée par le patient avant de devenir inconscient, qui est affirmée par cette disposition. À cet égard, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades a créé la « personne de confiance »⁴⁴ - « qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant » (article L. 1111-6 code de la santé publique) - et qui peut pallier l'impossibilité, pour la personne majeure l'ayant désignée, de consentir à l'acte médical.
- 37 Elle ne joue cependant qu'un rôle consultatif pour le médecin. La loi Léonetti a, en outre, institué les « directives anticipées » qui « indiquent les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie » et dont le médecin « tient compte ». Par conséquent, le législateur a permis la prise en considération restrictive de la volonté anticipée du patient, en la limitant à un simple rôle consultatif pour fonder la décision médicale. Cependant, l'article R. 4127-37 du code de la santé publique, qui définit la procédure collégiale à adopter avant une décision d'arrêt de traitement, précise que cette décision « prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigées, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches ». Or, s'il ne s'agit là-encore que d'une « prise en compte » des souhaits exprimés, le juge administratif des référés, dans sa décision du 24 juin 2014, semble en avoir fait un élément décisif de la décision d'arrêt des traitements, contrairement à ce qui avait pu être soutenu auparavant.
- 38 Ainsi le juge des référés souligne l'importance équivalente de l'analyse des éléments médicaux avec la prise en compte de la volonté de ce patient, pour fonder la décision médicale d'arrêt de traitements d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté. Dans sa déclaration à la presse, Jean-Marc Sauvé insiste tout particulièrement sur ce point : « Le Conseil d'État a aussi souligné avec la plus grande netteté que l'état médical le plus grave, y compris la perte irréversible de toute conscience, ne peut jamais suffire à justifier un arrêt de traitement. Il a également affirmé qu'une « attention toute particulière » doit être accordée à la volonté du patient ». En l'espèce, la recherche de la volonté anticipée de M. Vincent Lambert a été réalisée, en tenant compte notamment du témoignage de son épouse confirmé par un de ses frères, à qui M. Vincent Lambert avait clairement et à plusieurs reprises confié le souhait de ne pas être maintenu artificiellement en vie, dans l'hypothèse où il se trouverait dans un état de grande dépendance.
- 39 Or, cet argument avait été rejeté de manière « assez péremptoire »⁴⁵ par l'ordonnance du tribunal administratif de Châlons-en-Champagne du 16 janvier 2014 qui avait estimé que : « S'il résulte (...) de l'instruction que le patient a exprimé pareille position devant un de ses frères et son épouse, cette expression, qui n'est au demeurant pas datée avec précision, émanait d'une personne valide qui n'était pas confrontée aux conséquences immédiates de son souhait et ne se

trouvait pas dans le contexte d'une manifestation formelle d'une volonté expresse, et ce quelle qu'ait été sa connaissance professionnelle de la situation des patients en état de dépendance ou de handicap » (consid. 12). Cet argument très objectiviste est, à raison, écarté par le juge des référés dans sa décision du 24 juin, compte-tenu de l'esprit dans lequel la loi Léonetti a été rédigée. Comme le souligne François Vialla, l'« esprit de la loi de 2005 semble en effet privilégier l'écoute de la parole, même anticipée et hors situation, de la personne impliquée »⁴⁶.

- 40 C'est pourquoi, le juge des référés fait référence aux différents indices qui permettent de connaître la volonté anticipée de M. Vincent Lambert, même si ses souhaits ont été « exprimés sous une autre forme que celle des directives anticipées » (consid. 13). En l'espèce, « il résulte de l'instruction, en particulier du témoignage de [l'épouse de M. Vincent Lambert], qu'elle-même et son mari, tous deux infirmiers, avaient souvent évoqué, leurs expériences professionnelles respectives auprès de patients en réanimation ou de personnes polyhandicapées et qu'à ces occasions, [M. Vincent Lambert] avait clairement et à plusieurs reprises exprimé le souhait de ne pas être maintenu artificiellement en vie dans l'hypothèse où il se trouverait dans un état de grande dépendance ; que la teneur de ces propos, datés et rapportés de façon précise (...) a été confirmée par l'un des frères de [M. Vincent Lambert] ; que si ces propos n'ont pas été tenus en présence des parents de [M. Vincent Lambert], ces derniers n'allèguent pas que leur fils n'aurait pu les tenir ou aurait fait part de souhaits contraires ; que plusieurs des frères et sœurs (...) ont indiqué que ces propos correspondaient à la personnalité, à l'histoire et aux opinions personnelles de leur frère » (consid. 13). C'est bien au regard de l'ensemble de ces éléments que le juge des référés considère que le Dr Kariger n'a pas procédé « à une interprétation inexacte des souhaits manifestés par le patient avant son accident » (consid. 13) et non parce qu'« entre les témoignages contradictoires, seuls ceux qui sont favorables à l'arrêt des traitements semblent devoir être légitimement entendus »⁴⁷ !

- 41 Par conséquent, le juge des référés interprète la volonté anticipée de M. Vincent Lambert et il en fait un élément décisif de son argumentation, conformément à la lettre mais aussi à l'esprit de la loi Léonetti. À cet égard, cette interprétation jurisprudentielle correspond pleinement aux objectifs du Comité de bioéthique du Conseil de l'Europe - visant à faciliter l'application de la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo, STE n° 164, 1997). Ce Comité montre, d'une part, qu'« il est essentiel de promouvoir tous les outils permettant de s'approcher au mieux de la volonté du patient »⁴⁸ et précise, d'autre part, que « [c]et acte de volonté anticipée peut prendre différentes formes : la personne peut avoir confié ses intentions à un membre de sa famille ou à un proche, ou encore à une personne de confiance désignée comme telle, afin qu'ils puissent témoigner et transmettre ses souhaits le moment venu »⁴⁹. Si cette interprétation jurisprudentielle de la loi Léonetti fait du principe du respect de la volonté anticipée du patient, un élément décisif de la prise de décision médicale d'arrêt des traitements, il appartient au médecin de l'apprécier et il se trouve, de ce fait, davantage responsabilisé.

B - La responsabilisation adéquate du médecin dans le refus de l'acharnement thérapeutique

- 42 En analysant la loi Léonetti, Isabelle Corpart estimait déjà que « [d]ans un souci d'équilibre entre le libre arbitre du patient et le rôle du médecin, la loi cherche à mieux encadrer les procédures d'arrêt des traitements pour tous les malades, qu'ils soient conscients ou non », ajoutant que le « médecin n'est pas le seul maître à bord »⁵⁰. Pourtant, d'autres auteurs, à l'instar de Stéphanie Hennette-Vauchez, n'ont pas manqué de souligner qu'à la lecture de

la loi de 2005, « on ne peut s'empêcher d'avoir le sentiment que cet accent mis, dans les débats parlementaires et dans le débat public, plus généralement sur les 'droits des patients' semble avoir opéré comme le dissimulateur d'autre chose qui, en revanche, s'est produit par l'adoption de ce texte, à savoir la consécration de nouveaux pouvoirs du corps médical face aux patients en fin de vie »⁵¹. La décision du 24 juin 2014 semble cristalliser les termes de ce débat. Dominique Thouvenin s'interroge en ce sens : « [p]lus qu'un droit pour le patient de ne pas subir un traitement déraisonnable, ne s'agirait-il pas plutôt du pouvoir de décision du médecin ? »⁵². Or, le juge des référés apprécie la procédure collégiale – qui autorise explicitement le médecin à adopter la décision d'arrêt des traitements d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté – et, plus généralement la loi Léonetti dans le sens d'une plus grande responsabilisation du médecin, plutôt que d'une extension démesurée de ses pouvoirs.

- 43 François Vialla explique que « deux approches difficilement conciliables s'opposaient et, apparemment, s'opposent encore (...) [d]'une part, l'idée que la probité, l'honnêteté, la conscience des médecins rend insupportable tout regard juridique intrusif sur les pratiques (...) [à] l'inverse certains regardent l'activité médicale comme ne pouvant être laissée au seul arbitre des soignants »⁵³. Or, concernant la décision d'arrêt de soins, la loi prévoit bien « une procédure et non une décision collégiale », ce qui signifie que la « décision appartient donc, selon la loi, au médecin ayant en charge le patient »⁵⁴. Certains y voient alors une « toute puissance du médecin »⁵⁵ dans la prise de décision d'arrêt des soins d'un patient devenu inconscient. Il est vrai que le médecin décide, d'une part, sur des considérations objectives tenant à l'état médical de son patient, mais surtout qu'il intervient, d'autre part, de manière plus subjective pour interpréter – sans toutefois y être tenu – les souhaits exprimés par son patient devenu inconscient et n'ayant pas forcément rédigé de directives anticipées ou désigné de personne de confiance. Ainsi comme en l'espèce, en cas de désaccord familial, Jean-René Binet estime que « la loi a érigé [le médecin] en magistrat suprême de ce cruel dilemme »⁵⁶. Ces critiques, qui sont notamment fondées sur le pouvoir d'interprétation du médecin de la volonté de son patient dans le cadre de la décision de l'arrêt des soins, peuvent toutefois être relativisées.
- 44 D'abord, la loi Léonetti et la décision du 24 juin 2014 donnent assurément raison à François Vialla pour qui la « souveraineté de l'homme de l'art dans la décision n'est pas absolue, il agit, ou devrait agir de concert avec le patient (...) »⁵⁷. En effet, le respect de la volonté anticipée du patient contribue à rééquilibrer la relation du médecin et de son patient qui est inégalitaire, en raison notamment des progrès récents de la science médicale et du développement consécutif des pouvoirs du médecin. Pour autant, **la volonté exprimée par le patient ou donnée en son nom par ses proches ne peut dominer à elle seule la relation patient / médecin** car, comme le souligne Xavier Dijon, l'idéologie subjectiviste centrée exclusivement sur la volonté du patient est empreinte de dangers : « [p]erturbée par une telle subjectivisation, la déontologie médicale ne saura plus, en effet, où donner de la tête : la multiplication des billets individuels qui écartent par exemple l'acharnement thérapeutique ne risque-t-elle pas d'induire dans le chef du praticien le sentiment qu'il doit pratiquer un tel acharnement sur tous les patients qui n'ont pas songé à signer au préalable un tel papier ? »⁵⁸.
- 45 De plus, il est également opportun que le médecin ne soit pas lié par les témoignages – potentiellement contradictoires – des membres de la famille du patient dans le cadre d'une décision d'arrêt des soins. Ce désaccord pourrait bloquer le processus décisionnel d'arrêt des soins au détriment de la qualité de vie du patient. Par conséquent, comme le souligne Bertrand Mathieu, si la difficulté est toujours « de chercher un équilibre entre le maintien des principes qui structurent nos sociétés et la résolution de situations personnelles

particulièrement douloureuses (...) [e]n la matière la loi Léonetti est un modèle. Si elle ne résout pas tous les cas particuliers, (...) elle maintient l'interdit de tout acte visant à donner la mort, et permet que le soulagement de la douleur puisse s'opérer au prix d'un risque pour la vie »⁵⁹. La décision du 24 juin illustre **cet équilibre législatif qui tend à revaloriser la volonté du patient et à refuser tout acharnement thérapeutique, tout en permettant d'éviter tout risque de dérives subjectivistes, en laissant un pouvoir d'appréciation au médecin.**

- 46 Ensuite, les conditions juridiques posées – à côté de la prise en considération de l'autonomie du patient hors d'état d'exprimer sa volonté – permettent de nuancer encore la toute puissance supposée du médecin dans le cadre d'une décision d'arrêt de soins. La procédure collégiale qu'il doit impérativement suivre le contraint à ne pas agir seul et, comme le montre François Violla, « le protège en lui imposant une action *pre, per et post* : - *Pre* : dès lors qu'il envisage un arrêt de soin ou de traitement, il doit informer la personne de confiance et la famille de ce qu'il engage la procédure collégiale. - *Per* : la procédure collégiale est précise et dense (...). - *Post* : il lui incombe in fine de faire connaître la nature et les motifs de sa décision à la personne de confiance et à la famille »⁶⁰. Ainsi, le pouvoir de décision du médecin est encadré et, qui plus est, peut être contrôlé par le juge aussi bien pour sanctionner les irrégularités de la décision médicale – comme l'a montré la première ordonnance du tribunal de Châlons-en-Champagne en condamnant l'absence de consultation des parents de M. Vincent Lambert dans la prise de décision médicale –, que pour préciser les termes de la loi.
- 47 Enfin, la seule appréciation objective de l'état du patient pour décider de l'arrêt de soin ne semble pas opportune pour circonscrire le rôle du médecin car, comme le soulignent François Violla et Vincent Fortier, dans ce cas, la « *dimension humaniste du soin semble bannie, la personne est cantonnée dans sa pathologie* »⁶¹. L'accomplissement de la mission du médecin dans toutes ses dimensions – et non exclusivement la dimension curative – est ainsi préservée par la loi Léonetti qui autorise le refus de l'acharnement thérapeutique.
- 48 Ces différents éléments, qui laissent à penser que le médecin dispose d'un important pouvoir d'appréciation dans la décision d'arrêt des soins d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté, montrent en réalité qu'il **est davantage responsabilisé** : il est lié par la volonté qu'a exprimée son patient ; il est tenu de respecter une procédure collégiale stricte et contrôlée ; il est obligé d'appréhender sa mission dans toutes ses dimensions, y compris lorsqu'il s'agit de soulager le patient et non de le guérir.

*

* *

- 49 Ainsi, la décision du 24 juin 2014 constitue **une illustration convaincante du savant équilibre que la loi Léonetti a instauré** d'abord pour tenir compte de la volonté du patient – même lorsqu'il n'est plus en état de l'exprimer – ensuite, de la responsabilisation du médecin dans sa décision d'arrêt des traitements – qui, en l'espèce, a d'ailleurs agi de concert avec les juges en suspendant sa décision pour permettre un recours en référé –, et enfin du contrôle parfois nécessaire du juge – y compris des référés, qui a accepté l'exercice de sa mission avec toute la prudence et la solennité nécessaires. Après l'adoption de mesures provisoires visant à suspendre cette décision⁶², la Cour européenne appréciera sa conventionnalité dans les mois à venir.

*

50 **Conseil d'État, Ass., 24 juin 2014, Vincent Lambert, Req. n° 375081, 375090, 375091 – Communiqué**

*

Les Lettres « Actualités Droits-Libertés » (ADL) du CREDOF (pour s'y abonner) sont accessibles sur le site de la Revue des Droits de l'Homme (RevDH) – Contact

NOTES

1. Avis n° 63 du CCNE sur « Fin de vie, arrêt de vie, euthanasie », 27 janvier 2000, p. 1 (consulté le 21 août 2014).
2. Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, *JORF* n° 95, 23 avril 2005, p. 7089 ; *Droit de la famille*, juin 2005, pp. 7-11, comm. CORPART (I.).
3. Voir notamment sur cette question : HARDY (J.), « Acharnement thérapeutique : de l'éthique au droit », *RGDM*, 2011, n° 38, pp. 295-309.
4. L'Observatoire National de la Fin de Vie, Rapport 2011 – Fin de vie : un premier état des lieux, p. 30 (consulté le 22 août 2014).
5. Voir pour un exemple récent : CEDH, *McDonald c/ Royaume-Uni*, 20 mai 2014, Req. n° 4241/12 ; *JCP G.*, 16 juin 2014, n° 24, zoom SUDRE (F.).
6. Voir sur cette question : LEQUILLERIER (C.), « L'arrêt de l'alimentation artificielle des personnes en fin de vie ou atteintes de maladie incurable », *RDSS*, janv.-févr. 2009, n° 1, pp. 115-128.
7. TA Châlons-en-Champagne, ord. réf., 11 mai 2013, n° 1300740 : *JurisData* n° 2013-009426 ; *D.* 2013, Actu. 1216, obs. MIRKOVIC (A.) ; *JCP G.*, 2013, 614, note VIALLA (F.) ; *AJDA* 2013, 1842, étude BRÉCHOT (F.-X.).
8. TA Châlons-en-Champagne, 16 janvier 2014, n° 1400029 : *JurisData* n° 2014-000119 ; *AJDA*, 2014, 132, obs. POUPEAU (D.) ; *D.*, 2014, Actu. 149, obs. VIALLA (F.) ; *Droit de la famille*, Mars 2014, n° 3, 32, comm. BINET (J.-R.).
9. CE, Ass., 14 février 2014, n° 375081, 375090 et 375091 : *JurisData* n° 2014-002723 : *RFDA*, 1^{er} mars 2014, n° 2, pp. 255-267, concl. KELLER (R.) ; *AJDA*, 14 avril 2014, n° 14, pp. 790-800, chron. BRETONNEAU (A.), LESSI (J.) ; *AJDA*, 23 juin 2014, p. 1225, obs. CASSIA (P.) ; *Procédures*, 1^{er} avril 2014, n° 14, pp. 790-800, note DEYGAS (S.) ; *AJ Famille*, 2014, 145, chron. DIONISI-PEYRUSSE (A.) ; *LPA*, 14 mai 2014, n° 96, pp. 7-16, chron. ROUAULT (M.-C.) ; *RFDA*, 2014, 502, note SCHMITZ (J.) ; *Gaz. Pal.*, 28 mai 2014, n° 148-151, pp. 16-17, note SEILLER (B.) ; *RDSS*, 2014, p. 506, note THOUVENIN (D.) ; *Droit de la famille*, 1^{er} septembre 2014, n° 9, 141, comm. BINET (J.-R.).

10. CE, Ass., 24 juin 2014, n° 375081, 375090 et 375091 ; JCP A., 30 juin 2014, n° 26, pp. 13-14, comm. TOUZEIL-DIVINA (M.) ; AJDA, 2014, p. 1484, chron. BRETONNEAU (A.), LESSI (J.).
11. BROUSSOLLE (D.), « L'aide à la mort. À qui de dire le droit ? », JCP G., 12 mai 2014, n° 19, 552.
12. CASSIA (P.), *op. cit.*, p. 1225.
13. BRETONNEAU (A.), LESSI (J.), *op. cit.*, p. 1484.
14. DEYGAS (S.), *op. cit.*, comm. 127.
15. CASSIA (P.), *op. cit.*, p. 1225.
16. KELLER (R.), *op. cit.*, pp. 259-260.
17. BRETONNEAU (A.), LESSI (J.), *op. cit.*, p. 1484.
18. CE, réf., 16 juin 2010, Mme Diakité, req. 340250, Leb. p. 205.
19. KELLER (R.), Conclusions à paraître.
20. *Ibid.*
21. BRETONNEAU (A.), LESSI (J.), *op. cit.*, p. 1484.
22. *Ibid.*
23. DEYGAS (S.), *op. cit.*, comm. 127.
24. KELLER (R.), *op. cit.*
25. Voir le communiqué de presse du Conseil d'Etat (consulté le 25 août 2014).
26. TOUZEIL-DIVINA (M.), *op. cit.*, act. 539.
27. Voir en ce sens, *Ibid.* : « (...) on ne manquera pas de souligner les entorses ici sciemment réalisées à la procédure classique d'un appel en matière de référé liberté qui semble se changer par la seule volonté des juges en décision au fond ».
28. BRETONNEAU (A.), LESSI (J.), *op. cit.*, p. 790.
29. KELLER (R.), *op. cit.* : « Vous n'êtes pas les garants de la décision médicale, vous n'êtes pas non plus les gardiens de la vie à tout prix : vous êtes les gardiens de la loi. Il ne vous revient d'apprécier si la vie de M. Vincent Lambert vaut la peine d'être vécue – une question à laquelle aucune réponse ne peut être apportée. Votre seule morale, c'est votre déontologie : quelles que soient vos convictions personnelles, il vous revient seulement de dire si la décision du Dr Kariger obéit aux conditions fixées par la loi ».
30. Sur cette question, voir notamment : MELLERAY (F.), « La réforme de l'expertise », AJDA, 2014, p. 1364.
31. BINET (J.-R.), *op. cit.*, comm. 141.
32. *Ibid.*
33. Voir auparavant la critique de TOUZEIL-DIVINA (M.), *op. cit.*, act. 539 : « On pourra également être surpris par cette interprétation très extensive de la loi Léonetti par laquelle, toujours le 14 février 2014, les juges ont affirmé (sans être devenus législateurs) que les dispositions du Code de la santé publique issues de ladite loi du 22 avril 2005 et relatives à l'arrêt de traitement en cas d'obstination déraisonnable s'appliquaient que le patient soit – ou non – en fin de vie (...) ».
34. Rapport d'expertise, pp. 15 et 16.
35. TOUZEIL-DIVINA (M.), *op. cit.*, act. 539.
36. Voir ici : *Ibid.*
37. BROUSSOLLE (D.), *op. cit.*, 552.
38. *Ibid.*
39. *Ibid.*
40. Comité de bioéthique – Conseil de l'Europe, Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2014, p. 17 (consulté le 28 août 2014).
41. SERIAUX (A.), « Le « testament de vie » à la française : une institution à parachever », D., 2012, n° 19, p. 1195.
42. KELLER (R.), *op. cit.*, p. 257.

43. LOKIEC (P.), « La personne de confiance. Contribution à l'élaboration d'une théorie de la décision en droit médical », *RDSS*, 2006, p. 865 et s.
44. Voir sur cette question : *Ibid.*, p. 865 et s.
45. VIALLA (F.), « Arrêt de traitement : à qui appartient la décision ? », *LPA*, 10 février 2014, n° 29, p. 3 et s.
46. *Ibid.* L'auteur ajoute encore que « La distinction effectuée par le tribunal, qui semble ne donner de valeur à la parole du patient que s'il est confronté aux conséquences immédiates de son souhait, semble ajoutée au texte. (...) L'approche du tribunal nous semble ici assez éloignée de l'esprit de la loi de 2005, qui faisait de la volonté anticipée de chacun un élément essentiel devant guider la décision médicale ».
47. BINET (J.-R.), *op. cit.*, comm. 141.
48. Comité de bioéthique – Conseil de l'Europe, *Guide sur le processus décisionnel relatif aux traitements médicaux dans les situations de fin de vie*, *op. cit.*, p. 30.
49. *Ibid.*, p. 17.
50. CORPART (I.), « Nouvelle loi sur la fin de vie : début d'un changement. Commentaire de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie », *Droit de la famille*, Juin 2005, p. 9.
51. HENNETTE-VAUCHEZ (S.), « Droits des patients et pouvoir médical – quel paradigme dominant dans la juridicisation de la fin de vie ? », in LARRALDE (J.-M.) (dir.), *La libre disposition de son corps*, Bruylant-Nemesis, 2009, pp. 190-191.
52. THOUVENIN (D.), *op. cit.*, p. 506 et s.
53. VIALLA (F.), *op. cit.*, p. 3.
54. *Ibid.*
55. BINET (J.-R.), *op. cit.*, comm. 141.
56. *Ibid.*
57. VIALLA (F.), *op. cit.*, p. 3.
58. DIJON (X.), *La réconciliation corporelle. Une éthique du droit médical*, Seilles, Lessius éd., 1998, p. 218.
59. MATHIEU (B.), « Euthanasie : ne pas céder à l'émotion », *JCP G.*, 2 avril 2008, n° 14, act. 222.
60. VIALLA (F.), *op. cit.*, p. 3.
61. FORTIER (V.), VIALLA (F.), « Le refus de soins », in *La religion dans les établissements de santé* : LEH 2013, p. 357.
62. CUQ (E.), « Retour sur la décision de la Cour EDH de maintenir en vie Vincent Lambert », *RDLF*, 2014, chron. n° 18 (consulté le 1^{er}/09/2014).
-

RÉSUMÉS

Dans le cadre de « l'affaire Vincent Lambert », la décision du 24 juin 2014 – rendue par l'Assemblée du contentieux du Conseil d'État – reconnaît la légalité de l'arrêt des traitements d'un patient hors d'état d'exprimer sa volonté. Pour garantir le droit au refus d'acharnement thérapeutique, le juge des référés tient compte notamment des expertises médicales qu'il avait sollicitées, mais aussi de la volonté anticipée exprimée par le patient. L'extension prudente de l'office du juge des référés pour contrôler la décision médicale litigieuse, ainsi que la protection audacieuse de la volonté anticipée du patient de refuser d'être

maintenu artificiellement en vie, sont particulièrement à saluer dans cette décision et s'inscrivent pleinement dans l'esprit de la loi Léonetti..

AUTEUR

HÉLÈNE HURPY

Maître de conférences en droit public (Université de Toulon - Centre d'Etudes et de Recherche sur les Contentieux)